

## 兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター 診療申込書&lt;FAX専用&gt;

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター 宛

FAX 06-6481-5560

送信者	
電話	
FAX	

こちらの診療申込書は、予約申込書になります。この用紙に下記太枠内の内容を記載してFAXにて送信していただきますよう、お願い致します。予約時間が決まりましたら、電話またはFAXで日時をお知らせ致します。

## ◎受診者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男性・女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	歳
住所	〒 -			
連絡先	電話		FAX	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	森之宮病院・ポバース記念病院は受診されたことはありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## ◎ご希望の診療科目 ※詳細は外来診療時間表をご覧ください。

- 整形外科・リハビリテーション科  
 小児科(脳神経内科 ※月1回 第1火曜日)

## ◎受診目的 ※簡潔にお願いいたします。

--

## ◎希望日時

<input type="checkbox"/> 希望時間あり
・第1希望: 月 日( ) 午前・午後( )時～( )時頃
・第2希望: 月 日( ) 午前・午後( )時～( )時頃
<input type="checkbox"/> 特に希望時間なし

## ●お問い合わせ先

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター

医療相談員 長田

FAX 06-6481-5560 電話 06-6481-5565

受付時間 月～金曜 10:00～18:00

※FAXは24時間受け付けております。時間外・休日着信分は翌診療日対応となりますのでご了承ください。